

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

26

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Novembre 1890, à 1 heure

Par M. GARNIER,

Né à

(

), le

18

ÉTUDE SUR LES KYSTES POPLITÉS

Président : M. DUPLAY, Professeur.

*Juges : MM. { HUMBERT, Professeur.
 { SCHWARTZ et POIRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

26

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Novembre 1890, à 1 heure

Par M. GARNIER,

Né à

(

), le

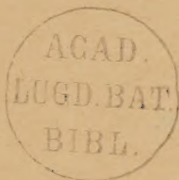
18 .

ÉTUDE SUR LES KYSTES POPLITÉS

Président : M. DUPLAY, Professeur.

*Juges : MM. } HUMBERT, Professeur.
 } SCHWARTZ et POIRIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1890

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHEL.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	}	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N...
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....	}	SEE (G.).
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	}	LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		N...
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. POIRIER

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Chef des Travaux anatomiques,
Chirurgien des Hôpitaux.

A M. LE MÉDECIN PRINCIPAL LEMARDELEY

Adjoint au Directeur du Service de Santé au Ministère
de la Guerre,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Membre de l'Académie de Médecine,
Ancien Président de la Société de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur.

L'étude des bourses séreuses de la région postérieure du genou et de leurs rapports avec les kystes poplités, publiée par M. Poirier en 1886, a été le point de départ de ce travail.

Nous ne saurions trop remercier M. Poirier de la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition ses notes et ses observations, des conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous donner.

M. le professeur Duplay voudra bien recevoir aussi l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Les kystes poplités sont connus depuis longtemps, mais leur existence n'est d'abord signalée qu'au point de vue de leur diagnostic différentiel avec les autres tumeurs de la région poplitée. Ce n'est que vers le milieu de notre siècle qu'on commence à s'occuper de leur siège, de leur origine et de leurs variétés.

Au début, la théorie de la hernie synoviale règne sans partage avec Cloquet et Velpeau. Gosselin regarde les kystes poplités comme une dilatation des follicules synovipares. Quelques chirurgiens en font des kystes du tissu cellulaire.

En 1856, dans sa communication à l'Académie de médecine, Foucher localise beaucoup de kystes dans les bourses séreuses qu'il vient de décrire, il y a trois ans à peine. Tout le monde vit sur l'idée de Foucher. Survient le mémoire de Morranti-Baker. Mais ce mémoire ne traite pas des kystes, mais de collections purulentes qui envahissent le creux poplité après une ostéo-arthrite.

C'est alors que paraît le mémoire dans lequel M. Poirier décrit l'anatomie des bourses séreuses de la région poplitée et

avance que tous ou presque tous les kystes poplités ont une origine articulaire.

Avant de pénétrer plus avant dans l'étude des kystes poplités, il nous est indispensable de donner, de la région et surtout des bourses séreuses, un aperçu aussi succinct que possible.

ANATOMIE DU CREUX POPLITÉ

Le creux poplité est limité en dedans et en dehors « par une saillie condylienne continuée en haut et en bas par des muscles, dont les tendons passent ou s'insèrent dans cette région » (1) et créent, par leurs mouvements et leurs frottements, les bourses séreuses poplitées.

La disposition des muscles de cette région donne au creux poplité la forme d'un losange. — En bas, le losange est limité par les deux jumeaux ; en haut et en dehors, par le biceps, en haut et en dedans, par le demi-membraneux et le demi-tendineux.

Les téguments, jetés d'un bord à l'autre du creux poplité, comme une sorte de pont, comprennent :

- 1° La peau, qui se déplace et glisse facilement ;
- 2° La couche grasseuse sous-cutanée, qui loge la veine saphène externe, située à peu près sur la ligne médiane ;
- 3° L'aponévrose, résistante, adhérente aux muscles voisins,

(1) M. Poirier.

et servant d'union entre l'aponévrose fémorale et l'aponévrose jambière.

Il est important de remarquer que le pli du jarret ne correspond pas avec l'interligne articulaire, mais se trouve situé au-dessus.

La paroi postérieure du creux poplité est formée par les faces postérieures du fémur et du tibia, par le faux-ligament postérieur du genou et par le muscle poplité.

L'excavation, ainsi fermée de toutes parts, contient de nombreux organes plongés au milieu d'un tissu adipeux abondant. On trouve d'arrière en avant et de dehors en dedans :

1° Le grand nerf sciatique qui émerge de la partie supérieure du losange et se divise en nerf sciatique poplité interne et nerf sciatique poplité externe. Le premier suit le grand axe du creux poplité et va se perdre sous les jumeaux, le second se dirige vers la partie externe de la jambe en côtoyant le tendon du biceps ;

2° La veine poplitée, située en avant et en dedans du nerf sciatique poplité interne, suit une direction parallèle ;

3° L'artère poplitée, continue l'artère fémorale, plus profonde et plus interne que le nerf et la veine, suit leur trajet jusqu'à l'anneau du soléaire où elle se divise en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier.

Le creux poplité contient en outre quelques ganglions lymphatiques.

Il nous reste maintenant à exposer le tableau des bourses séreuses de la région. — Leur connaissance est indispensable pour expliquer la pathogénie de la plupart des kystes poplités.

Les bourses séreuses de la région poplitée sont au nombre

de quatre à la partie interne et à la partie externe (1). Elles s'étalent de haut en bas dans l'ordre suivant :

- 1^o Bourse séreuse sus-condylienne ;
- 2^o Bourse séreuse rétro-condylienne supérieure ;
- 3^o Bourse séreuse rétro-condylienne inférieure ;
- 4^o Bourse sous-condylienne.

I. PARTIE INTERNE

1^o Bourse sus-condylienne interne ou de l'insertion du jumeau.

Située au centre des insertions trifoliées du jumeau interne, elle est indépendante de la synoviale du genou une fois sur dix ; dans les neuf autres cas, elle n'est qu'un prolongement de cette synoviale avec laquelle elle communique plus ou moins largement. — Elle présente, dans la moitié des cas, des prolongements ou procès synoviaux sus-condyliens internes. Ces prolongements, longs de quelques millimètres à deux centimètres, forment de petites saillies kystiques, tantôt réductibles, tantôt irréductibles, et sont le point de départ d'une variété de kystes poplités par hernie de la synoviale.

(1) M. Poirier.

2° Bourses séreuses rétro-condyliennes.

Doubles, chez l'enfant, 12 fois sur 15, situées entre la face profonde du jumeau interne et la coque condylienne, ces bourses séreuses se fusionnent chez l'adulte. Elles restent séparées une fois sur dix.

A. — *Bourse supérieure ou du jumeau interne.* D'un diamètre de 7 à 10 millimètres, arrondie, elle est séparée, chez l'enfant, de la bourse inférieure, par une cloison celluleuse, mince et transparente.

Elle ne communique jamais avec l'articulation du genou.

Chez l'adulte, elle forme le cul-de-sac de la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux.

B. — *Bourse rétro-condylienne inférieure ou bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux.*

Cette bourse séreuse, à parois contiguës, devient ovoïde par l'insufflation. Elle est verticalement posée entre le demi-membraneux et le jumeau interne sur le bord externe duquel elle chevauche. Son existence est constante. Grosse comme un œuf de pigeon, elle est longue de 4 à 5 centimètres, large de 3 centimètres. Sa cavité est assez souvent cloisonnée en 2 ou 3 loges.

La communication de cette bourse avec l'articulation du genou peut être, ou normale, ou accidentelle, ou intermittente. Cette communication, presque constante d'après Foucher, n'existerait que dans la moitié des cas selon Gruber. Dans ses nombreuses recherches, M. Poirier ne l'a constatée qu'une

fois sur dix chez l'adulte, environ une fois sur cinq chez les vieillards.

Elle est plus rare chez la femme, n'existe presque jamais chez les jeunes sujets. Elle se fait 18 fois sur 25 par une fente transversale, 2 fois sur 25 par un véritable orifice, et 5 fois sur 25 par un septum transparent, percé d'un ou plusieurs trous.

Cette communication se fait toujours de la synoviale du genou à la bourse du jumeau (ou cul-de-sac supérieur de la bourse commune) et de cette bourse à celle du demi-membraneux ou bourse commune.

3° Bourse séreuse sous-condylienne ou bourse propre du demi-membraneux.

Située un peu au-dessous et un peu en avant de la précédente, la bourse séreuse sous-condylienne présente deux parties destinées l'une au tendon direct, l'autre au tendon réfléchi du demi-membraneux. Elle peut communiquer avec la bourse commune, mais cette communication n'a été observée qu'une fois.

II. PARTIE EXTERNE

A la partie externe du creux poplité comme à la partie

interne, il existe trois bourses séreuses. Mais il faut bien se garder de les confondre avec les trois bourses séreuses que Foucher a décrites comme appartenant à la région poplitée et qui, en réalité, doivent être rattachées à la partie latérale externe du genou.

Les bourses séreuses externes sont très petites et inconstantes. Elles comprennent :

1° La Bourse sus-condylienne externe et les Procès synoviaux.

Les procès synoviaux sont de petits bourgeons que la synoviale du genou envoie entre les faisceaux d'insertion du jumeau externe.

D'ordinaire, c'est la synoviale du genou qui tapisse la fosse sus-condylienne externe, mais 2 à 3 fois sur 100, elle est remplacée par une bourse séreuse dite sus-condylienne externe.

Les procès synoviaux existent dans la moitié des cas au nombre de 2 ou 3, ils ont de 2 à 4 millimètres de long, et atteignent quelquefois 2 à 3 centimètres.

2° Bourse séreuse rétro-condylienne.

Elle n'existe pas normalement. Elle est remplacée par du tissu cellulaire. Gruber et M. Poirier l'ont rencontrée chacun une fois.

3° Bourses séreuses sous-condyliennes.

Le muscle poplité, sorte de triangle à base charnue et à sommet tendineux, s'étend de bas en haut et de dedans en dehors, de la face postérieure du tibia à la fossette si profonde du condyle externe. Son tendon est formé de la réunion de 3 ou 4 languettes tendineuses. Les languettes internes sont reçues dans trois petites gouttières qui existent parfois sur le tibia. De même la tête du péroné présente une gouttière peu profonde pour la languette externe.

Les languettes internes d'origine du tendon poplité sont séparées des gouttières tibiales par le prolongement poplité de la synoviale du genou. Entre la languette tendineuse externe et la tête péronéale se trouve la bourse séreuse propre du tendon poplité.

La bourse séreuse sous-condylienne externe est formée par ces deux organes séreux qui se réunissent 50 fois sur 100.

Le prolongement poplité qui, pour certains auteurs, serait une véritable bourse séreuse, est constant. Il est long de 15 millimètres, large de 2 centimètres. Il communique avec la synoviale du genou par un orifice circulaire, séparé en deux par le ménisque intra-articulaire externe.

La bourse séreuse, propre au tendon poplité, est une sorte de gaine séreuse vaginale, d'une longueur de 3 à 6 centimètres, communiquant avec la synoviale du genou au-dessous du cartilage sémi-lunaire externe.

Le prolongement poplité établit la communication entre la grande synoviale du genou et l'articulation péronéo-tibiale

supérieure. Cette communication existerait 1 fois sur 10 d'après Lenoir et Sappey, 11 fois sur 80 selon W. Gruber, et 18 fois sur 100 d'après M. Poirier.

ETIOLOGIE

Les kystes poplités semblent le plus souvent liés aux affections du genou, telles que l'hydarthrose, simple ou symptomatique, l'ostéo-arthrite, la tumeur blanche, etc. Plus fréquents chez l'homme que chez la femme, sans doute à cause des travaux pénibles auxquels se livre le premier, ils apparaissent à tous les âges, mais se rencontrent de préférence chez les adultes et les vieillards.

C'est à tort que l'on a nié leur existence chez les enfants, nous avons pu en recueillir trois cas, dont l'un a été observé chez un enfant de 3 ans environ, par M. Howard-Marsh, et publié par M. Morrant-Baker.

M. Verneuil signale, avec insistance, l'influence de la diathèse arthritique sur l'étiologie des kystes poplités.

Les professions pénibles, les marches forcées, les efforts traumatiques, une chute, un saut, favorisent aussi l'apparition des kystes. Ajoutons enfin que souvent la cause qui a produit le kyste est bien obscure, et c'est le hasard seul qui a fait découvrir au malade la tumeur qu'il portait dans le creux du jarret.

PATHOGÉNIE

D'après l'opinion généralement admise, les kystes poplités présenteraient trois modes de formation : les uns seraient dus à une hernie de la synoviale à travers une éraillure ligamenteuse ; les autres s'expliqueraient par l'oblitération d'un follicule synovial ; la plupart, enfin, auraient leur siège dans les bourses séreuses. De là la division en kystes articulaires et en kystes non articulaires.

Les kystes articulaires comprennent les kystes herniaires, folliculaires.

Les kystes non articulaires se divisent en kystes tendineux, séreux, libres, hydatiques, ganglionnaires.

Aucun caractère important ne justifie cette division en kystes articulaires et non articulaires. Les kystes tendineux seraient internes d'après Foucher. Mais on trouve dans ces régions des kystes qui ne sont que des hernies de la synoviale (M. Poirier). Le kyste articulaire est médian, continue Foucher, son siège électif est sous la face profonde du muscle poplité, tapissée par un diverticule articulaire constant. Mais ce diverticule est une bourse séreuse du poplité, la variété de kystes,

auxquels il donne naissance, est donc tendineuse. Comme dernier caractère distinctif, les kystes articulaires seraient réductibles. Au début, oui, à la fin, non (Verchère); il en est même qui ne le sont jamais.

Si, à ces objections déjà d'une grande valeur, nous ajoutons que les kystes dits tendineux communiquent souvent avec l'articulation et se localisent toujours dans les bourses séreuses qui communiquent avec l'articulation, nous en arrivons fatalement à trouver défectueuse la classification admise.

Aussi, loin de diviser les kystes poplités, en articulaires et non articulaires, et d'attribuer à ceux-ci une plus grande fréquence, nous dirons avec M. Poirier : « Les kystes poplités, même ceux qui siègent dans les bourses séreuses, sont en très grande majorité, sinon en totalité, d'origine articulaire », abstraction faite toutefois des kystes hydatiques, etc.

Nous adopterons donc la classification que M. Poirier a proposée récemment au Congrès de Berlin et qui sépare les kystes poplités en quatre variétés.

**I. — Première variété ou kystes de la bourse commune
au jumeau interne et au demi-membraneux.**

Cette variété de kystes est la plus commune et la mieux connue. Le peu de fréquence de la communication de la bourse commune avec l'articulation (1 fois sur 10 chez l'adulte) explique très bien le nombre de kystes poplités, relativement restreint, que l'on observe dans les cas d'épanchements du genou. M. le professeur Duplay n'a guère rencontré que 5

kystes sur 100 kydarthroses du genou. — Tous les auteurs, avec Fouché, placent le siège de ces kystes dans la bourse interposée au jumeau interne et au demi-membraneux, mais, tous aussi regardent ces kystes comme formés aux dépens de cette bourse.

Où bien que le kyste siège dans la bourse, il est d'origine articulaire et sa pathogénie s'explique par la communication de la bourse avec la grande synoviale du genou.

Chez les jeunes sujets, cette communication n'existe presque jamais. Aussi, les kystes poplités sont très rares à cet âge; ils affectent une forme spéciale et occupent le premier des trois compartiments que la bourse commune présente à l'état embryonnaire.

La communication s'établit par une sorte d'usure de la coque condylienne qui sépare les deux séreuses articulaire et tendineuse. Dans les épanchements du genou, il peut même arriver que cette coque se brise et l'apparition subite de kystes, observée par des auteurs, se trouve ainsi expliquée. Enfin, comme Marrant-Baker l'a fait remarquer, il est très fréquent de voir les kystes poplités, précédés d'une affection du genou, présenter les mêmes caractères anatomo-pathologiques, que la grande séreuse articulaire.

L'objection la plus sérieuse que l'on pourrait faire à la théorie articulaire, c'est que les kystes devraient alors toujours communiquer avec l'articulation. Nous verrons plus loin pourquoi cette communication peut cesser.

II. Kystes de la deuxième variété.

Ce sont, après les kystes de la bourse commune, les plus nombreux. Ils occupent le prolongement poplité de la synoviale du genou et la bourse séreuse du muscle poplité.

Ils apparaissent surtout dans les cas d'ostéo-arthrite du genou, soit aiguë, soit chronique. Il existe alors une sorte d'empâtement au niveau de la tête du péroné et dans la partie inférieure et médiane du creux poplité. Les kystes se forment d'autant mieux dans cette région, que le prolongement poplité de la synoviale du genou est en communication avec elle une fois sur dix-huit. Ces kystes cheminent sous la face profonde du poplité et s'étendent soit entre le soléaire et les jumeaux, soit entre le soléaire et le ligament interosseux. Ils peuvent s'arrêter dans leur parcours et présenter divers degrés de développement.

Cette variété est mal connue des auteurs qui, ne sachant expliquer la provenance de ces kystes, leur ont donné des noms divers.

III. Kystes de la troisième variété.

Ces kystes sont encore assez fréquents. Ils se développent au niveau de l'insertion des jumeaux, aux dépens des organes décrits par M. Poirier sous le nom de *Procès synoviaux* internes et externes.

Ces organes ne sont que des prolongements de la synoviale

articulaire. Tout près d'eux, et faisant comme eux irruption à travers le *capot* tendineux d'insertion du jumeau interne, se rencontrent des prolongements synoviaux de la bourse de ce muscle. Cette bourse elle-même n'est bien souvent (9 fois sur 10) qu'un prolongement de la synoviale.

Ces petits organes s'échappent à travers les faisceaux tendineux des jumeaux à chaque fois que l'on imprime au genou des mouvements alternatifs d'extension et de flexion. Une matière colloïde, transparente, les distend. Ils sont parfois réductibles. D'autres fois, il est impossible de refouler leur contenu et ces petits corps forment alors une variété de kystes dont il est facile de suivre le pédicule à travers un interstice du tendon jusqu'à l'articulation.

Cruveilhaer a signalé ce genre de kystes en 1856 et l'a rangé au nombre des kystes par hernie de la synoviale à travers un érailllement aponévrotique, soit par un effort violent, soit par hydarthrose.

IV. Kystes de la quatrième variété.

La quatrième variété comprend les kystes que l'on connaît sous le nom de *Ganglions* (Überbein ou suros). Volkman les signale dans l'Encyclopédie de Pitha et Billroth. Fréquents surtout aux environs du poignet, ces ganglions se voient assez souvent dans le voisinage de l'articulation du genou. Ils sont développés aux dépens des cryptes ou follicules synoviaux si bien décrits par les frères Weber et par Gosselin.

Ces follicules existent en très grand nombre dans l'épais-

seur de ligaments croisés postérieurs. Les kystes, auxquels ils donnent naissance, se développeraient par l'accumulation de la synovie dans ces petites poches synovipares qui, d'après Gosselin, auraient toujours une portion profonde en rapport immédiat avec la synovie articulaire. Cruveilhier attribue également ces ganglions au développement des follicules de Gosselin.

Verneuil a vu un de ces ganglions s'arrêter dans l'épaisseur de la cloison cellulaire que l'on appelle ligament postérieur du genou.

Avant Gosselin, ces kystes étaient regardés comme des hernies de la synoviale (Cloquet et Velpeau). Les deux opinions sont soutenables. En effet, lorsque les prolongements synoviaux sont d'un petit volume, on peut leur laisser le nom de cryptes synoviaux. S'ils atteignent un volume plus considérable, rien n'empêche de les regarder comme des diverticules, des hernies de la synoviale. Le crypte synovial et le diverticule peuvent avoir la même origine, mais représenter une période différente de la même évolution.

Dans tous les cas, il faut se représenter leur mode de formation de telle sorte que, dans les mouvements étendus d'une articulation très forte et non extensible, la synovie, qui se trouve relativement en grande abondance, distend chaque fois les follicules ou bien certains points faibles de la capsule, qui font alors hernie, et il arrive un moment où le follicule distendu s'oblitére, où il se forme un diverticule de la synoviale; le ganglion est alors constitué.

Si l'on considère enfin que les ganglions apparaissent chez les jeunes sujets et après des exercices violents, que souvent ils disparaissent spontanément pour revenir à la suite de nou-

veaux efforts, que leur apparition peut être brusque ou lente, on en arrive facilement à accepter les deux théories à l'aide desquelles on explique leur formation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Première variété. — Le kyste occupe la Bourse commune. La masse ovale, à grand axe vertical, interposée au jumeau interne et au demi-membraneux, occupe le côté interne du creux poplité et laisse, en dedans d'elle, le tendon toujours sensible du demi-membraneux.

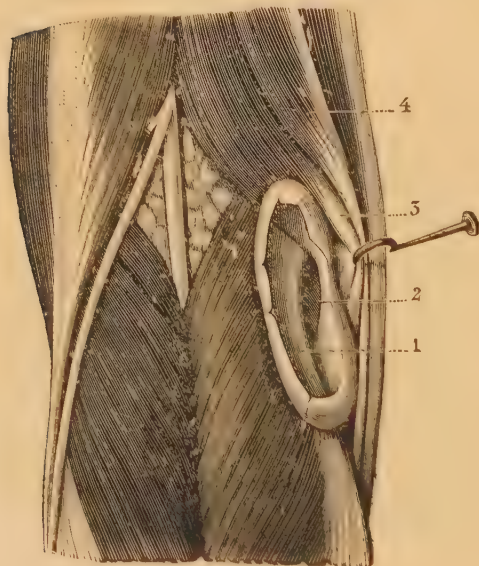


FIGURE 1.

Kyste poplité ayant son siège dans la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux, mais étant d'origine articulaire. — 1. Cavité kystique. — 2. Orifice elliptique conduisant dans la partie profonde sous-gémellaire de la bourse séreuse. — 3. Demi-membraneux. — 4. Demi-tendineux.

Comme la bourse qui lui donne naissance, le kyste envoie un prolongement sous la face profonde du jumeau.

La grosseur varie d'ordinaire entre celle d'une grosse noix et celle d'un œuf de poule. Humbert-Mollière, de Lyon, a vu un kyste du volume de deux oranges, et qui, par la ponction, laissa échapper environ un demi-litre de liquide.

FIGURE 2.

Moule de la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux, dans laquelle se développent d'ordinaire les kystes poplités. — 1. Moule de la partie superficielle de cette bourse, sur lequel le tendon du demi-membraneux imprime un sillon 3. — 2, 2'. Moule du prolongement sous-gémellaire de cette bourse séreuse.



La paroi des kystes de la bourse commune, lisse, mince, adhérente parfois, peut devenir fibro-calcaire (Schwartz) et acquérir une épaisseur considérable.

Sa structure est celle d'une séreuse plus ou moins modifiée suivant l'âge de la tumeur et les influences qui ont agi sur elle. Le kyste est parfois cloisonné, rarement multiloculaire.

M. Poirier a disséqué un kyste dont la paroi était un véritable gâteau de petites productions kystiques, de la grosseur d'un grain de mill pour la plupart, et analogues au gâteau des kystes ovariens.

Le contenu du kyste varie beaucoup. Au début ça peut être du liquide synovial pur. Plus tard, il se modifie, devient plus épais et acquiert la consistance et l'aspect de la gelée de

pommes, de groseilles ou de coings. La paroi et le contenu des kystes présentent toujours des modifications en rapport avec la nature de l'affection du genou.

Schwartz a vu un kyste qui contenait un nombre considérable de corps étrangers articulaires. Le genou était atteint d'arthrite sèche et contenait également un grand nombre de corps étrangers.

Février, médecin-major, cite le cas d'un kyste dont le contenu était tremblotant, gélatineux, ressemblant à de l'humour vitrée légèrement teintée en rose.

En 1887, D'Arcy-Power communiquait à la Société pathologique de Londres trois cas de kystes poplités coexistant avec une affection tuberculeuse du genou. L'un appartenait à la bourse commune, un autre au prolongement poplité. Ils contenaient tous deux des corps flottants semblables à des grains de courge.

M. D. Critzman, interne des hôpitaux, a vu chez un jeune homme de 20 ans, atteint de synovite fongueuse du genou, un kyste de la bourse commune.

L'extirpation du kyste fut faite par M. Tillaux, le 20 février 1890. L'examen histologique montra que le contenu était purement myxomateux. Les parois contenaient des cellules géantes. Il n'y a pas traces de bacilles de Koch. Cependant quatre cobayes inoculés, les uns avec le contenu, les autres avec les parois du kyste, meurent de tuberculose.

Quatre mois après, le malade rentrait à l'hôpital avec un genou franchement tuberculeux.

La communication du kyste de la bourse commune avec l'articulation se fait, 18 fois sur 25, par un orifice transversal, à lèvres contiguës, qui n'est autre que l'orifice de pénétration

du jumeau. Grâce à l'amincissement de la coque condylienne, cet orifice s'agrandit et devient fusiforme.

Deux autres fois, M. Poirier a vu la communication se faire par un véritable orifice; et, cinq fois, le septum transparent, formé par l'adossement des deux séreuses articulaires et musculaires qu'il sépare, présentait l'orifice de communication entre le kyste et l'articulation.

Deuxième variété. — Ces kystes, développés aux dépens du prolongement poplité et de la bourse poplitée, occupent la face profonde du muscle de même nom et s'étendent soit au-dessus du muscle soléaire, soit entre ce muscle et la membrane interosseuse.

La situation profonde de ces kystes, la présence du poplité, tendu et résistant, sont autant de causes qui entravent leur développement.

Ils occupent la partie inférieure et médiane du creux poplité et sont situés au-dessous de l'interligne articulaire.

Leur paroi, lisse ou bridée par des tendons qui y laissent leur empreinte, est susceptible de subir les mêmes modifications que la paroi des kystes de la bourse commune.

Souvent ces kystes présentent un pédicule, de 4 à 5 centimètres de long, qui leur permet de cheminer dans le tissu cellulaire. Marrant-Baker a vu un de ces kystes descendre profondément dans le mollet.

Le pédicule est souvent percé d'un canal, d'un calibre variable, qui met le kyste en communication avec la bulle ou la bourse poplitée. D'autres fois il est plein et peut même disparaître.



FIGURE 3.

Kyste poplité développé aux dépens du prolongement poplité de la synoviale du genou. — 1. Masse principale du kyste placée entre le soléaire (2) et la membrane interosseuse. — 1'. Pédicule du kyste situé sous le muscle poplité (3) qui a été incisé verticalement.

M. Poirier a eu l'occasion de disséquer plusieurs kystes de cette variété. L'un d'eux, d'apparence multiloculaire, avait

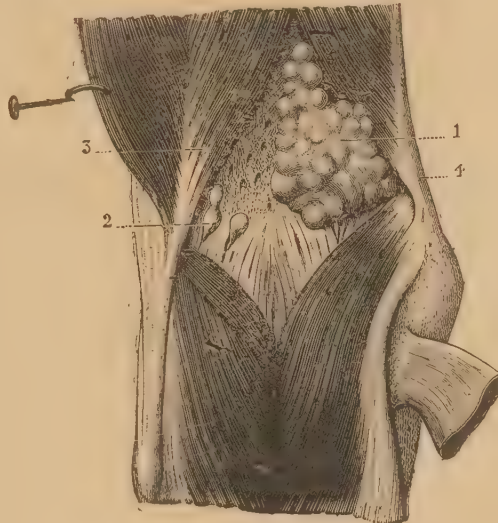
5 centim. de long et 2 centim. de large. Il se prolongeait sous le poplité par un pédicule multiloculaire de 3 centim. de long. Une section du kyste permit de constater que les lobules kystiques communiquaient entre eux. — Un autre kyste avait 10 centim. de long et 4 centim. de large en bas. Il remontait en diminuant jusqu'à la bulle poplitée. Ses lobules communiquaient également entre eux.

Le contenu de ces kystes présente les variations que nous avons indiquées à propos des kystes de la première variété.

Troisième variété. — Les kystes, développés aux dépens des procès synoviaux, se trouvent dans la partie supérieure de la région poplitée, au voisinage des condyles. La masse kystique a une surface bosselée, framboisée. Elle affecte parfois la forme d'une grappe.

FIGURE 4.

Kyste poplité développé aux dépens des procès synoviaux sus-condyliens internes. — 1. Masse kystique. — 2. Procès synoviaux sus-condyliens externes. — 3. Muscle biceps. — 4. Longue portion du grand adducteur.



La paroi est mince et transparente. La longueur varie de quelques millimètres à deux centimètres, la grosseur d'une tête d'épingle à une grosse noix.

Le kyste a un pédicule, creux ou plein, adhérent à la coque fibreuse des jumeaux qu'il traverse, pour aller se mettre en rapport avec l'articulation. Le plus souvent le nombre des bosselures est supérieur à celui des cavités kystiques.

La paroi n'a jamais de vascularisation spéciale; elle est adhérente aux rameaux artériels et épaissie 1 fois sur 100.

M. Poirier a vu de la matière sélacée dans ces kystes, jamais de grains hordéiformes.

Quatrième variété. — Que leur origine soit une hernie de la synoviale ou un développement d'un follicule, ces kystes se font par poussées successives. Leur aspect multilobé, framboisé semble du moins l'indiquer. Leur cavité présente des cloisons, soit complètes, soit incomplètes.

Wolkman met en garde contre la confusion des ganglions avec les hygromas des bourses et des vaginales. Il reproche à Virchow de les appeler « *hygroma* gangloïde », et il ajoute : « Un ganglion bien avéré ne contient jamais la masse fluide, mucilagineuse qui, plus tard, devient séreuse, ni les corpuscules oryzoïdes des hygromas ; un hydrôme non douteux, non plus la gélatine épaisse des ganglions. »

Les ganglions, si superficiels qu'ils soient sont toujours reliés par un pédicule aux synoviales.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début des kystes poplités est bien souvent insidieux. Le malade s'aperçoit un jour par hasard qu'il porte une tumeur dans le jarret et ne sait à quelle cause en attribuer l'origine. Souvent même, c'est le chirurgien lui-même qui avertit le malade.

Les signes fonctionnels, la plupart du temps légers, acquièrent dans quelques cas une certaine importance et tournent alors l'attention du chirurgien vers l'affection du genou qui précède généralement le développement du kyste.

Ces signes s'accusent par un peu de gêne des mouvements et de la marche, par une difficulté dans la flexion de la jambe. La malade ressent dans le mollet de la pesanteur, des engourdissements, des élancements douloureux simulant une névralgie (Schwartz), de véritables crampes (Février).

La tumeur se développe aussi spontanément après une chute ou tout traumatisme qui a sur le genou un retentissement direct ou indirect.

La tumeur kystique est indolente, rarement douloureuse. Elle est molle, fluctuante, et produit un soulèvement dans

le creux poplité, sans symptômes inflammatoires, sans vascularisation spéciale de la peau, qui ne contracte aucune adhérence avec le kyste.

Les kystes poplités occupent des sièges divers, mais bien déterminés.

Le kyste de la bourse commune est situé à la partie interne du creux poplité, au niveau de l'entrecroisement des tendons jumeau et demi-membraneux. Ce kyste est assez régulier au toucher, il a une forme ovoïde à grand axe vertical. Il est gros comme un œuf de pigeon. Mobile dans le sens transversal, il ne peut se déplacer suivant sa longueur.

Les kystes des procès synoviaux se voient au voisinage des condyles et ont une apparence polykystique.

Les kystes de la bulle poplitée remplissent la partie inférieure du losange poplité. Ils sont allongés, multiloculaires et augmentent de volume à mesure qu'ils descendent dans le mollet. Ils s'accompagnent d'un empâtement de la région et de la partie postérieure de la tête du péroné.

Les ganglions, situés profondément sont inaccessibles, à moins qu'un pédicule assez long ne leur permette d'émigrer dans le tissu cellulaire. Ils ont assez souvent une forme en grappe.

Les kystes poplités sont peu ou pas mobiles. Leurs adhérences avec les tendons les maintiennent dans leur position normale. La fluctuation, parfois très nette, peut devenir impossible à percevoir. Jamais les kystes ne présentent de battements ni de souffle. Marrant-Baker en a vu un qui était animé de pulsations transmises.

Les contours des kystes, nets dans l'extension, s'effacent

dans la flexion. Dans l'extension, le kyste est tendu; il fuit, diminue ou se réduit dans la flexion. Il faut bien se garder de confondre la réductibilité vraie de la réductibilité fausse.

Pour qu'une tumeur kystique soit réellement réductible, il faut qu'elle disparaisse complètement à la pression. Le contenu du kyste, chassé dans l'articulation, doit soulever la rotule. Une pression exercée sur la rotule doit faire grossir le kyste. Ce dernier signe cependant n'existe pas toujours. Il suppose un épanchement articulaire assez abondant.

De ce qu'un kyste n'est pas réductible, il n'en faut pas conclure qu'il ne communique pas avec l'articulation. Verchère a vu un kyste irréductible dont la cavité était en communication avec l'articulation par un orifice de 7 à 8 millimètres. Dans ce cas, l'irréductibilité était due à la consistance du liquide. La réductibilité prouve la communication, l'irréductibilité ne prouve pas l'absence de communication. La réductibilité d'ailleurs peut être intermittente. Dans le cas de Verchère, le kyste apparut pour la première fois au cours d'une hydarthrose. Il était réductible. Une ponction est suivie d'une guérison.

Quatre mois plus tard, le kyste réapparaît. On oublie de regarder s'il est réductible. Nouvelle ponction suivie cette fois d'une injection iodée. La malade se croit guérie et sort. Elle revient au bout d'un mois. Le kyste n'est plus réductible. On l'opère et on constate qu'il communique avec l'articulation.

Certains kystes de la bourse commune, irréductibles dans l'extension, deviennent réductibles dans la flexion du membre. Foucher signale le fait sans en donner l'explication. Pour M. Poirier, elle serait celle-ci. A l'état normal, 9 fois

sur 10, la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux communique avec la grande synoviale du genou. Mais cette communication, qui se fait par un orifice large et circulaire, reste inutile, car la capsule demeure, dans l'extension, appliquée sur le condyle, qui ferme l'orifice. Il faut fléchir puis soulever le jumeau pour obtenir la réductibilité.

L'exploration des kystes n'est pas douloureuse. Si l'on ajoute enfin que leur accroissement est lent et sans réaction fébrile, qu'ils récidivent fréquemment et sont souvent bilatéraux, on aura parcouru toute l'histoire de leur symptomatologie.

DIAGNOSTIC

Dans le diagnostic des kystes poplités, il y a selon le professeur Duplay, trois choses à considérer. Il faut : 1° Distinguer les kystes des autres tumeurs poplitées ; 2° En reconnaître la variété ; 3° S'assurer de leur communication ou non communication avec l'articulation.

Les tumeurs qui peuvent se rencontrer dans le creux poplité sont : le lipôme, l'abcès froid, l'anévrysme de la poplitée, la tumeur variqueuse de la saphène externe, etc.

Le diagnostic différentiel entre les kystes et les autres tumeurs de la région poplitée est d'ordinaire facile. Le kyste en effet est une tumeur médiane ou latérale, indolente, rénitente, à siège précis. Elle se déplace très peu et affecte rarement la grande mobilité du lipôme. Elle n'est jamais animée de battements avec expansion comme les anévrysmes ; elle ne modifie pas comme eux le pouls de la pédieuse ; l'auscultation n'y révèle jamais de bruits de souffle.

La peau glisse facilement sur le kyste et présente son aspect habituel. Elle est adhérente dans le sarcôme ; sa couleur et sa structure sont modifiées.

La distinction entre les différentes espèces de kystes est facile.

Le kyste de la bourse commune se reconnaît à son siège, dans le sillon des muscles demi-membraneux et jumeau interne, à sa masse ovoïde, fluctuante, à grand diamètre vertical, à sa surface lisse et régulière. Un kyste de la bourse du jumeau interne peut toutefois être facilement pris pour un kyste de la bourse commune.

Les kystes de la bourse poplitée, par leur situation médiane et au-dessous de l'interligne articulaire, par leur aspect polykystique, la fluctuation dont ils sont le siège, et l'empatement qu'ils déterminent presque toujours à la partie postérieure de la tête du péroné, sont tout aussi faciles à reconnaître que les kystes des procès synoviaux dont la surface irrégulière, bosselée, en grappe, se dessine derrière les condyles.

Pour s'assurer de la communication du kyste avec l'articulation, il faut palper la tumeur dans la flexion du membre. Elle devient alors moins nette, elle s'enfonce dans le creux poplité. Si elle ne disparaît pas complètement, la palpation profonde permet de s'en assurer. Si elle disparaît complètement, la rotule se soulève.

Le diagnostic devient plus facile quand le genou présente une affection telle qu'hydarthrose, ostéo-arthrite, pendant laquelle s'est développée la tumeur.

Si, malgré tout, il reste des doutes sur la tumeur, il ne faut pas hésiter un seul instant à recourir à la ponction exploratrice, en s'entourant toutefois de toutes les précautions antiseptiques.

Dans un cas observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, la tumeur, grosse comme deux oranges, dure, bosselée, presque multi-

lobée, occupait la partie postérieure et externe du creux poplité. La peau était adhérente, sillonnée de grosses veines dilatées, légèrement enflammée par les topiques irritants qu'on y a mis.

On penche pour un sarcôme à marche rapide qui nécessitera l'amputation.

Ollier, appelé à donner son avis, conseille la ponction exploratrice. Un trocart, de calibre moyen, plongé dans la tumeur, donne issue à un demi-litre de liquide séreux, jaunâtre. C'était un kyste à parois solides et à coque indurée.

MARCHE ET PRONOSTIC

Le développement des kystes poplités est d'ordinaire lent et progressif. Il reste quelquefois stationnaire. Abandonnés à eux-mêmes, ces kystes peuvent disparaître complètement, spontanément, par rupture traumatique et épanchement du contenu dans les tissus voisins. Souvent aussi ils se réduisent dans l'articulation. La récurrence est alors la règle. Ils peuvent enfin s'enflammer sous l'influence des lésions du genou.

Autrefois, le pronostic avait une sérieuse gravité, surtout dans les kystes réductibles.

Nous avons relevé bien des cas où l'intervention provoqua la suppuration du genou et amena à bref délai l'amputation de la cuisse. Depuis l'antisepsie le pronostic est devenu très bénin dans la grande majorité des cas.

TRAITEMENT

Les traitements que l'on a appliqués aux kystes poplités, sont nombreux, mais peuvent se ramener à trois principaux : La révulsion, la ponction suivie ou non d'injection, l'incision.

La révulsion consista d'abord en badigeonnages à la teinture d'iode. Plus tard on appliqua les vésicatoires qui furent en honneur auprès de Larrey et de ses élèves.

Nélaton conseillait la compression.

La ponction est un excellent traitement, surtout lorsqu'on la fait suivre d'une injection iodée ou phéniquée. Malheureusement, elle n'est pas toujours possible. Le contenu du kyste peut être trop épais pour s'engager dans la canule de la seringue ou dans le trocart. Il est vrai qu'on peut alors diluer la gelée du kyste avec de l'eau phéniquée, l'évacuer ensuite et faire l'injection iodée.

Le grand inconvénient de la ponction et des autres traitements que nous venons de rappeler, c'est que, s'ils guérissent les kystes, ils n'en empêchent pas la récurrence. La ponction ne fait qu'arrêter l'agrandissement du kyste pour un moment (D'Arcy-Power), jusqu'à ce qu'un nouveau kyste ne vienne

à se former et peut-être à acquérir un développement plus considérable, si une nouvelle ponction ne l'arrête dans son évolution.

Aussi l'incision, à ciel ouvert, tend-elle à remplacer tous les autres traitements et c'est à elle que nous donnons notre préférence. Nous ne citerons que pour mémoire l'incision sous-cutanée. (Vaysse, Barthélémy, Boyer et Desault). Elle consistait à ouvrir ou fendre largement de bas en haut le kyste en évitant que la plaie de la peau ne corresponde à la plaie de la paroi kystique.

Ces précautions sont inutiles aujourd'hui. Quand un malade présente un kyste poplité, qui le gêne et dont il veut être débarrassé, il faut rechercher la cure radicale.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques possibles, et placé dans l'extension la jambe du malade préalablement chloroformisé ou simplement cocaïné, on incise, parallèlement au grand axe du kyste, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et la paroi kystique. On évacue le contenu et on touche la poche avec le chlorure de zinc. On peut aussi, après ponction ou non, disséquer le kyste et l'extirper. Les adhérences avec les parties voisines rendent parfois cette opération très difficile, sinon impossible.

M. le professeur Duplay conseille l'extirpation pour les petits kystes, l'incision pour les gros kystes.

La plaie opératoire est lavée avec un liquide antiseptique, puis suturée. On fait un pansement à la gaze iodoformée. Le membre est maintenu dans l'extension au moyen d'une gouttière.

Au bout de 15 ou 20 jours, le malade est complètement guéri.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Kyste de la bourse commune.

Le nommé Sénéchal, Ernest, âgé de 22 ans, matelot de pont à bord de l'*Iphigénie*, entre à l'hôpital maritime de Brest, le 28 août 1889, avec le diagnostic *kyste synovial du creux poplité*.

Au dire du malade, cette tumeur serait survenue, il y a un an, à la suite d'un saut qu'il aurait fait d'une hauteur de un mètre et demi. Elle occupe le côté interne du creux poplité gauche et siège juste au niveau de la bourse commune. Elle est un peu dure, arrondie, fluctuante. Elle adhère aux tissus voisins, mais la peau glisse facilement dessus.

Elle a le volume d'un petit œuf de poule et gêne considérablement la marche.

Aussi le malade demande-t-il à être opéré.

Une ponction exploratrice, faite à bord, a fait sortir un liquide gélatineux, analogue à de la gelée de pommes.

Le 5 septembre, après chloroformisation du malade, et lavage antiseptique de la région, on fait une incision parallèle au grand axe de la tumeur. Le kyste ouvert laisse écouler dix à quinze grammes d'un liquide sanguinolent et sirupeux. Les parois de la poche sont très amincies.

Après lavage antiseptique et suture de la plaie, on fait un pansement à la gaze iodoformée et le membre est immobilisé dans une gouttière. — Pas de fièvre.

11 septembre. — Le pansement est changé, les points de suture ôtés.

21 septembre. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION II

Kyste de la bourse commune chez un enfant.

Le nommé R. . . ., Louis, âgé de 12 ans, est malade depuis 4 ou 5 mois. En se mettant au lit un jour, il s'aperçut qu'il portait une petite tumeur dans le creux poplité. Cette tumeur n'occasionne aucune douleur; cependant le malade se décide à entrer à l'hôpital, dans le service de M. de Saint-Germain.

État actuel. — On constate sur la paroi interne du creux poplité gauche une tumeur allongée, bilobée, fluctuante, faisant une saillie très marquée, durcissant dans l'extension du membre, disparaissant à peu près et diminuant de tension dans la flexion.

La tumeur a environ 8 centimètres de hauteur. Par son côté externe, elle semble adhérente au tendon demi-membraneux.

Il n'y a aucune gêne ni de la circulation, ni des fonctions, ni de la sensibilité dans le membre inférieur.

Trois jours après l'entrée du malade, on fait à la tumeur une petite incision qui donne issue à environ 30 grammes d'un liquide albumineux, citrin, entièrement semblable par sa consistance à du blanc d'œuf.

On bouche l'ouverture avec du collodion, puis on applique un appareil, de façon à maintenir le membre dans l'extension, avec une fenêtre postérieure.

Le malade est soigné par ses parents. Il revient trois semaines après, on lui ôte l'appareil. Le creux poplité est libre et n'offre pas la plus petite tumeur.

OBSERVATION III (*due à l'obligeance de M. D. Critzman, interne
des hôpitaux de Paris.*)

**Kyste tuberculeux de la bourse commune, à type
myxomateux.**

Le nommé X. . . ., âgé de 20 ans, maçon, entre le 16 janvier 1890 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tillaux, pour une tumeur qu'il porte dans le jarret.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, coxalgie à 10 ans et péritonite à 7 ans.

Il y a un an, à la suite d'une marche forcée, le malade ressentit des élancements douloureux dans le genou droit. La douleur augmentait à la suite d'une fatigue ou d'une marche un peu longue.

Il y a environ neuf mois, le malade remarqua au niveau du bord interne de la partie inférieure du creux poplité une tumeur indolente de la grosseur d'un œuf de pigeon, tumeur qui le gênait pour marcher. Cette tumeur augmenta peu à peu et aujourd'hui elle présente le volume d'un œuf de poule.

Le 16 février 1890, le malade, à la suite d'une marche un peu longue, ressent des douleurs vives dans son genou et vient demander son admission à l'hôpital.

Le genou droit est plus volumineux que le gauche de deux centimètres environ. Les fossettes latérales de l'articulation sont effacées.

La palpation du genou donne la sensation d'une masse empâtée. Fluctuation obscure. Pas de choc rotulien. Vers la partie inférieure et interne du creux poplité, on aperçoit une tumeur arrondie, globuleuse, de la grosseur d'un gros œuf de poule.

La peau est normale. La tumeur est rénitente, manifestement fluctuante, bien circonscrite et immobile dans les parties profondes.

Elle est indolente et irréductible.

La tumeur, vu son siège, est probablement un kyste du jumeau interne.

Opération. — Le 20 février 1890, M. Tillaux incise longitudinalement la peau, le tissu cellulaire, et tombe sur la grosseur. La ponction donne issue à une grande quantité de matière gélatiniforme, rouge jaunâtre, tremblotante, translucide.

Le kyste est ensuite disséqué et réséqué.

La plaie guérit par première intention ; quinze jours après l'opération, le malade demanda à sortir avec le genou assez amélioré.

L'examen histologique démontra que le contenu du kyste était myxomateux et que les parois présentaient des cellules géantes.

Le malade, d'ailleurs, rentrait à l'hôpital, quatre mois après, avec un genou franchement tuberculeux.

OBSERVATION IV

Kystes multiples du creux poplité, disséqués par M. Poirier.

Sur un sujet très âgé, gras, ayant d'ailleurs toutes ses bourses séreuses normalement assez développées, nous constatons une multitude de kystes d'origine articulaire et sortant de l'articulation par différents points, notamment au niveau de la partie supérieure de la coque du condyle interne ; là ces kystes forment un véritable choux-fleur, de deux centimètres de large sur trois de haut, dont les lobules sortent par différents points de la coque fibreuse et sont étranglés à leur base par les anneaux fibreux de la coque ; les uns communiquent avec l'articulation et ont été pénétrés par l'injection ; d'autres sont isolés, à parois épaisses ou transparentes, contenant une gelée épaisse ; d'autres enfin ont la forme de bissacs dont le sac inférieur communique encore avec l'articulation, car il a été pénétré par l'injection, tandis que le sac supérieur forme une poche isolée. Les uns ont le volume d'une noisette, les autres celui d'un petit pois.

Le cul-de-sac supérieur de la bourse commune communiquait avec l'articulation et a été pénétré par l'injection ; un autre kyste, long de un centimètre, large de cinq millimètres, sort par la partie médiane de la coque condylienne externe ; il est d'apparence multiloculaire, mais tous ses lobules ont été pénétrés par l'injection.

Pour la première fois, depuis le début de nos recherches et bien que nous ayons déjà disséqué au moins une centaine de creux poplités, nous rencontrons un kyste très petit, sortant par l'un des trous du ligament postérieur. Vérification faite, il se rattache, par un pédicule à la coque fibreuse externe et a pris, pour sortir, le trou du ligament le plus rapproché de cette coque.

Nous trouvons encore d'autres formations kystiques : 1° Au niveau du cul-de-sac poplité. On trouve-ia deux grappes kystiques composées de très petits kystes isolés ; l'une de ces grappes, qui siège dans le sulcus poplitens, n'est que le prolongement de la bulle poplitée, L'autre grappe, qui suit le bord supérieur du muscle poplité, se rattache à l'articulation par un pédicule attenant au point où le tendon poplité entre dans l'articulation au niveau du ménisque externe. Ces deux grappes se composent de petits kystes, extrêmement fins, de la grosseur d'une tête d'épingle en général ; ils paraissent communiquer pour la plupart entre eux, mais non avec l'articulation ;

2° Une grappe kystique semblable est attenant à l'articulation juste au-dessus de l'insertion du demi-membraneux ;

3° Enfin, en arrière du ligament postérieur, les sphères synoviales qui recouvrent les condyles sont hérissées de kystes, de la grosseur d'un petit pois et communiquant pour la plupart avec l'articulation.

OBSERVATION V (*Pièce recueillie dans le pavillon de M. Broca*).

Kystes d'origine articulaire.

En disséquant le mollet d'un sujet mâle, d'environ trente ans, nous trouvons, soulevant et écartant les fibres du soléaire dans son tiers

supérieur, une production kystique, à grand axe longitudinal, de cinq centimètres, à petit axe transversal, de deux centimètres.

Ce kyste, à parois très minces, d'apparence multiloculaire, de couleur rosée, paraît rempli d'un liquide gelée de groseilles, de consistance faible. Nous écartons les fibres du soléaire et des muscles sous-jacents entre lesquels le kyste s'enfonce, et nous arrivons jusqu'au ligament interosseux, sur lequel la masse kystique contracte quelques adhérences faciles à détacher. Nous constatons alors que ce kyste finit inférieurement à douze centimètres de l'interligne articulaire du genou par un gros lolule arrondi du volume du pouce, tandis que, supérieurement, il s'effile brusquement pour s'engager sous le muscle poplité.

Nous disséquons le poplité et nous le séparons en deux par une section verticale qui permet de rejeter en dehors sa portion tendineuse, en dedans son triangle musculaire. Alors, nous voyons le kyste se prolonger, par un pédicule long et mince, au-dessous du poplite jusqu'au prolongement en cul-de-sac que la grande synoviale articulaire du genou envoie sous le tendon de ce muscle.

L'hypothèse que nous étions en présence d'un kyste du mollet, prolongation d'un kyste poplité articulaire, se confirmait.

Afin de mieux voir les rapports du kyste avec la synoviale du genou, nous injectons celle-ci au suif par la rotule, et nous voyons nettement un prolongement poplité, ayant la forme et l'apparence d'une grosse bulle à paroi très mince, venir se mettre en contact avec les lolules supérieures du kyste.

Le prolongement synovial n'est séparé du lolule kystique, avec lequel il entre en contact, que par un feuillet synovial, si mince, comme on le sait, et la moindre pression suffirait pour faire passer l'injection dans le kyste qui se tend lorsqu'on appuie sur l'injection encore liquide du genou.

L'aspect de ce kyste est donc le suivant : une masse principale, intra-soléaire, formée de gros lolules, à parois minces et transparentes, les plus gros du volume d'une noisette, les plus petits du volume d'un petit pois, et un pédicule sous-poplité long de cinq centimètres, large de six à dix millimètres, d'apparence multiloculaire,

comme la masse principale, mais dont les lolules n'ont que le volume d'une lentille ou d'un très petit pois.

Il nous paraît logique de conclure que le kyste herniaire demeuré petit tant qu'il est resté sous le poplité qui le bridait, a pu grandir et dilater ses lolules quand il est arrivé sous le soléaire à fibres beaucoup plus lâches.

Nous avons parlé à différentes reprises de l'apparence multiloculaire du kyste, ce n'est, croyons-nous, qu'une apparence ; car il nous arrive, en disséquant le pédicule de piquer un des lolules supérieurs ; la gelée sort par cette piqure et la sortie en est activée par la pression sur un point quelconque de la tumeur.

Pareille chose ne se produirait pas, croyons-nous, si les différents lolules ne communiquaient pas entre eux.

Rapport du kyste avec les parties voisines.

On connaît déjà ses rapports avec la synoviale articulaire du genou et les muscles de la région. Les rapports avec les vaisseaux et nerfs sont les suivants : Le tronc vasculo-nerveux tibro-péronier passe au-dessus du poplité en suivant une direction parallèle à celle du kyste. Vers le bord inférieur de ce muscle, les vaisseaux et nerfs sont rejetés en dehors par la masse kystique principale. Le nerf et l'artère descendent longitudinalement entre le kyste et la face postérieure du péroné. L'artère tibiale antérieure, qui naît à ce niveau, est fortement appliquée sur le bord interne du péroné par le kyste avec lequel elle contracte de solides adhérences. Le kyste repose sur le ligament interosseux et le repousse en avant si bien que, lorsque nous enlevons les muscles de la région antéro-latérale de la jambe, le ligament apparaît convexe en avant et présentant de grandes éraillures entre lesquelles proéminent de petits lolules kystiques.

OBSERVATION VI

Hydarthrose du genou. — Kyste de la Bourse poplitée.

Le nommé Lemarie, Henri, âgé de 31 ans, tonnelier, entre le 3 février 1873, salle Saint-Barnabé, lit 6, dans le service de M. Duplay.

Il y a deux ans, hémiplegie droite avec paralysie faciale qui a duré sept à huit mois. Il ne traîne pas la jambe depuis, mais elle est peut-être un peu moins forte. La main serre encore avec vigueur.

Aujourd'hui on lui trouve le genou droit globuleux, déformé. Pas de douleur, simple gêne; pas de chaleur, pas de rougeur. Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Cul-de-sac supérieur de la synoviale très distendu; fluctuation évidente. Il y a tant d'épanchement qu'il est difficile d'enfoncer la rotule. Impossible d'obtenir le choc rotulien dans l'extension.

En arrière aussi, déformation manifeste, creux poplité saillant au toucher, tension très prononcée, fluctuation évidente. Bourse du poplité surtout excessivement distendue: on dessine au palper sa forme oblongue et sa direction oblique en bas et en dedans.

Cet homme habite un logement humide et de plus travaille souvent dans les caves. Il s'est aperçu de cet état de son genou droit, depuis trois ou quatre jours. Pas de choc, pas de coup, pas d'écartement. Pas d'antécédents rhumatismaux.

Epanchement considérable du genou droit avec distension des bourses séreuses musculaires communiquant avec l'articulation.

Traitement. — Immobilisation complète dans une gouttière. Large vésicatoire.

8 février. — On enlève la gouttière. On fait un bandage roulé, puis on remet dans la gouttière.

13 février. — On découvre le membre. Diminution très notable de l'épanchement. Encore un peu de gonflement à la partie postérieure de l'articulation. Appareil. Immobilisation.

19 février. — Encore un peu de liquide. Plus de fluctuation à la partie postérieure. A peine un peu de tension. Appareil silicaté.

10 mars. — Plus de liquide. Mouvements très faciles. On enlève l'appareil.

14 mars. — Un peu de liquide.

17 mars. — Le liquide est assez abondant. Bandage roulé.

21 mars. — Plus de liquide.

25 mars. — Genouillère. Part à Vincennes.

OBSERVATION VII

En 1859, M. Liégeois présenta, à la Société anatomique, un kyste situé sur la partie postérieure et supérieure du condyle externe. Le kyste avait la grosseur d'une aveline, il était gris rosé et présentait sept bosselures fluctuantes.

La dissection montrait que cette tumeur était allongée en massue, pédiculée, adhérente à la coque fibreuse du jumeau externe. Au niveau de l'insertion, la séreuse présente une dépression en cul-de-sac, sans ouverture. Il y a quatre kystes, contenant un liquide visqueux, gélatiniforme, blanc-jaunâtre.

M. Liégeois conclut à une hernie de la synoviale. D'après lui, la pression du jumeau aurait rejeté les kystes en dehors. Et ce kyste, le premier signalé à cet endroit, ne peut venir ni des follicules synovi-pares ni d'une bourse séreuse.

C'est tout simplement un kyste des procès synoviaux externes, inconnus à cette époque.

OBSERVATION VIII

Kyste des Procès synoviaux internes observé par M. Poirier.

Un sujet, servant aux dissections de l'Ecole pratique, présentait une tumeur kystique dans la région poplitée.

La masse kystique, à surface bosselée, à parois minces, transparente, était remplie d'une matière analogue à de la gelée de coing ; le volume est celui d'une grosse noix, la surface framboisée ; en disséquant avec soin la tumeur qui s'épanouissait sur le fémur, au-dessus de l'insertion du jumeau interne, M. Poirier parvint à isoler son pédicule qui s'enfonçait dans l'un des interstices du tendon du jumeau interne.

Le corps du muscle, incisé et relevé, permit d'apercevoir dans l'écartement des faisceaux tendineux un orifice circulaire, d'environ un millimètre de diamètre ; la pression fit sortir la gelée que contenait le kyste.

OBSERVATION IX

Ganglion synovial multiloculaire de la face externe du genou par hernie de la synoviale. — Ablation. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Dubief, interne dans le service de M. Nicaise).

R. . . , âgé de 40 ans, menuisier, entre le 31 mars 1883 à l'hôpital Laennec, salle Malgaigne, n° 10.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pneumonie à vingt-et-un ans, pleurésie il y a cinq ans. Depuis, toussé l'hiver. Santé et état général excellents.

R. . . entre à l'hôpital pour une petite tumeur de la région externe du genou droit.

Début. — Cette lésion a débuté insensiblement et son origine est passée inaperçue.

A la suite de marches forcées, le malade a ressenti une pesanteur dans le genou droit. A quelque temps de là, il apercevait une petite grosseur à la région externe du genou droit.

Cette tumeur date de plusieurs mois. Généralement indolente, elle augmente et devient sensible par suite des frottements auxquels elle est soumise.

Comme dans ces derniers temps, la petite tumeur avait subi de l'accroissement, le malade vint consulter et entra à l'hôpital Laennec, le 31 mars 1883.

A l'examen, on constate à la région antéro-externe du genou une tumeur grosse comme une petite noix, aplatie, irrégulière, lobulée, indolente, molle, fluctuante au niveau de deux petits lobules, non réductible.

La peau est adhérente en plusieurs points; la tumeur est également peu mobile sur les parties profondes. Le diagnostic est impossible et l'on procède à l'ablation de la tumeur en prenant toutes les mesures antiseptiques possibles.

On fait une incision de cinq centimètres; pendant la dissection, la tumeur est ouverte. Il en sort un liquide incolore, filant, un peu visqueux, ressemblant à de l'humour vitré. La tumeur adhère en un point à la bourse séreuse prérotulienne, qui est ouverte par la dissection, et, à sa partie inférieure, elle présente un pédicule qui traverse l'aponévrose du genou et s'enfonce profondément vers l'articulation.

Ce pédicule est sectionné avec des ciseaux après avoir été lié avec un fil de catgut phéniqué. Les parois de la tumeur sont irrégulières, présentant ici et là des anfractuosités, formant des sortes de kystes secondaires; leur consistance est résistante et donne la sensation du tissu fibreux.

On place un petit tube à drainage, trois points de suture rapprochent les lèvres de la plaie qui est saupoudrée d'iodoforme et recouverte d'un pansement de Lister.

Le membre est immobilisé dans une gouttière de Boeckel.

11 avril. — On enlève les points de suture. Réunion par première intention. Pas de réaction locale.

21 avril. — Le malade sort de l'hôpital, guéri et n'éprouvant aucune gêne dans le genou.

CONCLUSIONS

1° Les kystes poplités, même ceux qui siègent dans certaines bourses séreuses de la région, sont en très grande majorité (99 0/0) d'origine articulaire.

2° Ils comprennent quatre variétés :

a. Kystes de la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux ;

b. Kystes du prolongement poplité de la synoviale du genou et de la bourse séreuse du muscle poplité ;

c. Kystes des procès synoviaux internes et externes ;

d. Ganglions ou kystes développés aux dépens des follicules synoviaux.

3° Les kystes sont les résultats et non les causes des affections articulaires.

4° Ils présentent des caractères nets qui les différencient facilement des autres affections de la région poplitée.

5° L'incision antiseptique, suivie de l'excision (petits kystes) ou de la cautérisation (gros kystes) de la poche kystique, est le meilleur traitement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAUDOUIN. — Thèse Paris, 1833.
BOUILLY. — Manuel de pathologie externe.
BURGUET et OLLIVIER. — Thèse Paris, 1854-1855.
CLOQUET. — Notes sur les ganglions. Arch. gén. de médecine, 1829.
CRITZMAN. — La Médecine moderne, 1890.
CRUVEILHER. — Anat. pathologique, t. III.
D'ARCY POWER. — Transactions of the pathological, Society of London, for 1885-1887.
FÉRÉ. — Bull. de la Soc. d'anat., 1879.
FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe.
FOUCHER. — Lettre à Malgaigne. Revue méd. chir., 1853. Mémoire sur les kystes de la région poplitée. Arch. gén. de méd., 1856.
GOSSELIN. — Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet. Mémoires de l'Acad. de méd. de Paris, 1850-1852. Gaz. des hôp., 1868.
HUMBERT-MOLLIÈRE. — Gaz. des hôpitaux, 1869.
KENIG. — Traité de pathologie.
LE BEC. — Gaz. des hôpitaux, 1887.
LEGRAS. — Thèse Paris, 1873.
LONGY. — Thèse Paris, 1852.
MALGAIGNE. — Revue médico-chir., Paris, 1853.
MORRANT-BAKER. — St-Barth., hosp., reports, t. XIII, 1877.
NICAISE. — Revue de chirurgie, 1883.

- POIRIER. — Bourses séreuses du genou. Arch. gén. de méd., 1886.
Contrib. à l'anat. du genou. Progrès médical, 1886. Pathogénie des
k. poplités. Progrès méd., 1890.
SCHWARTRY. — Dict. de méd. et de chir. Art. poplité.
TILLAUX. — Anat. topographique.
L. TESTUT et M. JABOULAY. — Dict. encycl. des sciences médicales.
Art. poplitée (région).
VELPEAU. — Cavités closes.
VERCHÈRE. — Progrès médical, 1886.
VERNEUIL. — Mém. de la Société de chir., 1853.
VOLKMAN. — Encyclopédie de Pitha et Billroth.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

